

成人型アトピー性皮膚炎患者における Quality Of Life とソーシャル・サポートについて
ー心身症としてのアトピー性皮膚炎を考慮してー

尾崎 由佳¹⁾ 森 陽子²⁾

**Quality Of Life and Social Support in adult atopic dermatitis patients
- In consideration of atopic dermatitis as psychosomatic disorder -**

Yuka OZAKI¹⁾ Yoko MORI²⁾

Abstract

A first purpose of this study was to compare QOL(Quality of life) of adult atopic dermatitis(AD) patients group with normal people group. A second purpose was to examine the relations of QOL and Social Support in each of AD group of high tendency to psychosomatic disorder(the high group) and AD group of low tendency(the low group).

The sample was comprised of three groups. 45 people were diagnosed as AD and were going a hospital or a clinic (Clinical group A), 33 people were college students and contracted a disease in AD (Clinical group B), and 147 people were college students and did not contract a disease in AD(Normal group) .

As result, first, as for Clinical group A, the Mental side of QOL was deteriorated more significantly than other two group, and the Physical side of QOL was the highest.

Generally, It is said the Physical side of QOL changes greatly by age .This study couldn't control the age of Clinical group A, so it was though that an error became big.

Second, "Instrumental support " and "general healthy feeling" had negative correlation in the low group. On the other hand, an equilateral correlation was examined on "emotional support " and the Physical side of QOL in the high group.

It was suggested that "Instrumental Support" might become "Negative support" for AD patients that a tendency to psychosomatic disorder was low. And, that, In the high group, the vicious circle of "stress-scratch cycle" was cut off by social support . We need detailed investigation in the future.

Key words: AD, QOL, Emotional Support, Instrumental Support, Negative Support
stress-scratch cycle

1) 徳島県南部児童相談所 South District Child Guidance Center in Tokushima Prefecture

2) 徳島大学大学院 人間・自然環境研究科 Graduate School of Human and Natural Environment, The University of Tokushima

【 問 題 と 目 的 】

アトピー性皮膚炎(Atopic dermatitis ; 以下AD) とは、増悪・寛解を繰り返す、掻痒のある湿疹を主病変とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因を持つ(日本皮膚科学会,1994)。発症や増悪には、様々な要因があるが、成人型ADの場合は、心理的要因が痒みとして表出することが指摘されている。ADに限らず、円形脱毛症や慢性蕁麻疹、抜毛症などの皮膚疾患が心身症としての側面を持ちうるという考え方が一般的となっている。心身症とは、「身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能障害が認められる病態(日本心身医学会,1991)」である。特に皮膚は「表現の器官」とも呼ばれ、心理的因子が直接反映されやすい身体の被膜であり、また感覚器でもあるので、皮膚疾患を心身医学的に捉えることは臨床上きわめて重要なことである。そして同じADを抱えていたとしても、その傾向が強い人は心理的要因が皮膚症状として顕在化しやすい状態にあると考えられる。このことから、ADの問題を考える際には、心身症としてのADという視点を考慮する必要があると考える。

また、Quality Of Life (以下,QOL) も、皮膚症状と関連が深いという示唆が与えられている(藤岡, 1995)。ADは、皮膚特有の自覚症状として痒みをともなうことにより、不眠や集中力の低下など日常生活に支障をきたし、QOLを低下させることが容易に推察される(檜垣ら, 2002)。またADに、食物アレルギーを併発している場合は、食べるものも制限される。皮膚に直接接触する衣服や布団についても、より刺激の弱いものを選択したりと、日常生活を送る上で考慮しなければならない点が多く、AD患者にとって、それが快適に生活することを時に妨げる原因となったりしている。

更に、思春期以降の成人型ADとなると、自分が他者からどう見られているかといった対人的な問題が重要になってくる。「皮膚疾患を有していることが、外見上の問題につながり、感情面や社会生活に影響し、QOLの低下の要因となる(檜垣ら, 2002)」ことも考えられる。外見は他の臓器の疾患と異なる皮膚疾患独特の問題であり、皮膚疾患患者のQOLへの影響をより複雑なものにしている(檜垣ら, 2002)。

上述したような要因があるために、「人目を気にさせ、憂鬱にさせ、うっとうしく感じさせるとともに、症状がいつまで続くかに対する不安や葛藤のため、仕事や余暇を楽しめなかったり、家族内および外での人付き合いがうまくいかないなどの日常社会生活に多大な支障を生じている(中川, 2003)」ADのケースも少なくない。そのような背景を踏まえ、近年、疾病治療に際し、精神面や日常生活の問題などを含め、生活の質(QOL)も踏まえた医療の必要性が求められている(福録, 2002 他)。

またADの多くの場合、外用薬を処方され、塗布するという治療方法が適用されているが、症状を安定させるためには決められた用法をきちんと遵守して使用しなければならない。医師の指示どおりの使い方をしなければ、症状を悪化させたり、副作用が出ることもある。しかし、薬を塗り続けるということはかなりの自己管理能力を要し、それ自体が負担のかかる事態である。そのようなことを長期にわたり、日常生活を維持しながら、絶えず実施していくということは忍耐を要し、どれだけAD患者の生活を困難にするかは想像に難くない。

1990年代初期からは、同じアトピー疾患の中でも、鼻炎や喘息などの治療薬として使用されるステロイド吸入薬やステロイド点鼻薬などが世界的に認識されてきている一方

で、AD でのステロイド外用薬はあたかも悪魔の薬として取り扱われ始めた(古江, 2004). AD Forum(1999)の意識調査でも、AD 患者 531 名の約 8 割がステロイドを恐いと考えており、それも実際に生じうる皮膚萎縮や血管拡張への恐さは案外低いにも関わらず、依存性や副作用などに対する漠然とした恐さが主体となっていた。このように治療薬を漠然と恐いと感じ、忌避すること(ステロイド忌避)は、同じステロイドをファーストラインの治療としてあげている他の疾患と比べても、AD 患者において特に根強く残る現象である。しかしながら、激しい掻痒を感じているときには、その絶大な効果はとても魅力的で、この矛盾した葛藤のなかにずっと身をおく状態は、QOL を著しく低下させるのではないかと推察する。

このように、疾患に罹患する患者の QOL 向上の手段の一つとして、太田ら(1997) はソーシャル・サポートを挙げている。事実、多くの先行研究でも、様々な疾患患者へのソーシャル・サポートの有効性が示されている。しかし日本での AD へのソーシャル・サポート研究は十分ではない。AD 患者の中には不安や抑うつが強い人もいるため、情緒的なサポートの重要性を論じる研究もあり(Shirata, et al,1996), AD に特化したソーシャル・サポートの研究には意義があると思われる。

一方、受け手側の AD 患者の特性によってもサポートの効果は変わってくることも考えられる。心理的要因が症状に現れやすい心身症傾向の高い AD のほうが、サポートと QOL の間に正の関連が存在するのではないだろうか。そこで、本研究では第一に、成人型 AD 患者の QOL を健常群と比較することでその様相を検討し、第二に、心身症傾向高群と低群では、QOL とソーシャル・サポートの関係性が異なるのかどうかを検討することを目的として行うことにした。その際、以下の仮説を設定した。

< 仮 説 >

- 1) AD の QOL は身体的側面、精神的側面ともに健常群よりも低い。
- 2) 同じAD 中でもより心理的要因が皮膚症状に顕在化すると考えられる心身症傾向の高い AD は、情緒的サポートと QOL の間に正の関連がある。

【 方 法 】

1. 調査対象

A 県及び B 県の病院・クリニックに外来通院または入院をしている、AD と診断されている方 96 人に対して、調査のための質問紙が配布された。質問紙の内容は「3.調査材料」に示した。協力者は、調査依頼と主旨を記載した文書、質問紙、返信用封筒、謝礼のはいった封筒を渡され、家に持ち帰っての回答、もしくはその場での回答が求められた。回答後は返信用封筒に入れ、著者らに郵送することが求められた。調査期間は、200X 年 4 月下旬から 11 月下旬までであった。

また、A 県の 4 年制大学に在籍し、心理学に関する授業を受講していた学生 200 名を対象にも質問紙による調査が実施された。その場で回答することが求められ、回答後は著者らによって回収された。調査時期は、200X 年 12 月中旬であった。

2. 分析対象

病院・クリニックなどを通して配布された質問紙 96 部のうち 47 名(回収率 49.47%)、大学で配布した質問紙 200 部のうち 191 名(回収率 95.5%)の質問紙が回収された。病院・クリニックを通して配布、郵送回収された 47 名中、記入漏れや記入ミスのあったものを除いた有効回答 45 名(男性 23 名、女性 22 名、平均年齢 25.02 歳、SD 9.23 歳、有効回答率 95.74%; 以下、臨床群 A)、大学で回収された 191 名のうち、現在 AD に罹患しておらず、かつ過去においても罹患歴のない 158 名の中で、記入漏れや記入ミスのあったものを除いた有効回答 147 名(男性 55 名、女性 92 名、平均年齢 20 歳、SD 1.2 歳、有効回答率 96.08%; 以下、健常群)、AD に罹患している 33 名(男性 10 名、女性 23 名、平均年齢 20.30 歳、SD 1.31 歳、有効回答率 100%; 以下、臨床群 B)が分析対象とされた。なお、臨床群 A の対象者の AD の罹患状態は、軽症 22 名、中等症 23 名であり、重症者は含まれていなかった。

3. 調査材料

病院・クリニックなどを通して配布した質問紙は、以下の 4 つで構成されている。

(1) フェイス・シート

対象者は、著者らにより作成された以下の質問項目に回答することが求められた。まず、個人に対する基礎的な情報として、性別・年齢・職業・家族構成・住居形態が問われた。また、既に前章で述べたが AD は痒みのために睡眠が障害されることもあり、それが QOL 低下の要因となることがあることから、一日平均睡眠時間という項目が設けられた。また、AD の発症歴を聞くため、発症年齢・特に気になる部位・重症度(主観)・AD が原因での入院の有無・AD 以外のアレルギー性疾患罹患の有無が問われ、AD に食物アレルギーが併発することがあることから、食事制限の有無・どのような食べ物を制限しているかを問う質問項目が設けられた。また、治療法についての考え方を聞くため、ステロイドによる治療をしているかどうか・ステロイドに対する考えを問う質問項目が設けられた。

(2) SF-36v2™日本語版(以下、SF-36)(福原・鈴鴨, 2004)

本尺度は、8 つの健康概念を測定するための 36 の質問項目から成る。8 つの概念とは、

① 身体機能(Physical functioning :PF), ② 日常役割機能(身体)(Role physical :RP), ③ 日常役割機能(精神)(Role emotional :RE), ④ 全体的健康感(General health perceptions :GH), ⑤ 社会生活機能(Social functioning :SF), ⑥ 体の痛み(Bodily pain :BP), ⑦ 活力(Vitality :VT), ⑧ 心の健康(Mental health :MH)である。また SF-36 では、人の健康に関連する QOL は「身体的な側面」と「精神的な側面」の 2 つの因子によって規定され、それら 2 つの健康側面は 8 つの下位尺度をもって表示されるという概念構築が行われている。よって 8 つの下位尺度はそれぞれ重み付けをされた後、「身体的健康をあらわすサマリースコア (Physical Component Summary: PCS)」と「精神的健康をあらわすサマリースコア (Mental Component Summary: MCS)」の 2 つの要約尺度にまとめることができる。また、SF-36 の各項目と下位尺度は得点が高いほどよい健康状態であることを表すとされている。

(3) アトピー性皮膚炎用心身症尺度 (Psychosomatic Scale for Atopic Dermatitis :PSS-AD) (安藤ら, 2002)

本尺度は 14 項目までの合計点が心身症得点(0~70 点)となる。「ストレスによるアトピーの悪化」因子, 「アトピーによる障害」因子, 「アトピーのコントロール不能感」因子の 3 因子で構成されている。

また、安藤ら(2002)によって判定の基準が示されている。心身症得点は 35 点以上が要注意とされている。また 47 点以上は心身医学的な問題を持っている可能性が高い。「ストレスによるアトピー性皮膚炎の悪化」(0~20 点)は、12 点以上が要注意であり、17 点以上は特に注意が必要である。「アトピー性皮膚炎による障害」(0~25 点)は、12 点以上が要注意であり、20 点以上は特に注意が必要となる。「アトピー性皮膚炎のコントロール不能感」(0~25 点)は、11 点以上が要注意であり、16 点以上は特に注意が必要である。また、質問アからオまでの 5 問は、質問 1~14 とともに問診のために補足として付け加えられている。質問ア：習慣的搔破、質問イ：睡眠障害、質問ウ：不安、質問エ：抑うつ、質問オ：ステロイド恐怖 をそれぞれ聞くための質問項目となっている。補足 5 項目を含めた全 19 項目はすべて「0. 全くあてはまらない」~「5. 非常にあてはまる」の 6 件法で回答が求められる。

(4) 慢性疾患患者に対するソーシャル・サポート尺度(金ら, 1998) (AD 向けに著者らが一部修正)

金ら(1998)によって作成された「慢性疾患に対するソーシャル・サポート尺度」を AD 向けに下記に記すように一部語句を修正し、用いた。全 20 項目から成り、「1. よくあてはまる」~「4. 全くあてはまらない」の 4 件法で回答が求められる。金ら(1998)の研究では本尺度は「日常生活における情動的サポート」と「疾患に対する行動的サポート」という 2 つの下位尺度から構成されている。

一部語句修正については、項目のなかの「病気」という記述をすべて「アトピー」という記述に変更し、「食事療法」という記述を「治療」, 「薬を飲む」という記述を「薬をぬる」という記述に変更した。

なお、大学で学生に配布した質問紙は、フェイス・シートと上記の SF-36v2™日本語版(福原・鈴嶋, 2004)を用いた。学生対象のフェイス・シートは、個人の基本的な情報を得るため、性別・年齢を尋ねられ、また、AD 罹患歴の有無を知るため、以下の疾患(アレルギー性鼻炎・花粉症・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー・慢性的な腰痛・慢性的な頭痛・それ以外の慢性的な疾患)がある人にチェックをつけるよう求められた。

【 結 果 】

1. 臨床群 A と臨床群 B と健常群間の SF-36 の中央値の差の検定

臨床群 A と臨床群 B と健常群間で、SF-36 の要約尺度と各下位尺度についての中央値の差の検定を行った(Table1-1,1-2)。なお、本調査のデータは、正規性の検定を行ったところ、1%水準で棄却された。

初めに、3 群間の QOL の差をみるため、クラスカル・ウォリスの検定(Kruskal-Wallis test)を行った。その結果、PCS(QOL の身体的側面： $x^2=14.749$, $p<.01$)・MCS(QOL の精神的側面： $x^2=11.012$, $p<.01$)・GH(全体的健康度： $x^2=12.002$, $p<.01$)・RE(日常役割機能(精神)： $x^2=13.132$, $p<.01$)において、3 群間に有意な差がみられた。

次に、ボンフェローニの不等式による修正を利用して多重比較を行った(Table1-3)。その結果、PCS においては、臨床群 A が健常群と比較して有意に高く($W=13011$, $p<.01$)、同様に臨床群 A が臨床群 B と比較して有意に高かった($W=991$, $p<.01$)。MCS においては、臨床群 A が臨床群 B と比較して有意に低く($W=1521$, $p<.05$)、同様に臨床群 A が健常群と比較して有意に低かった($W=3304$, $p<.01$)。下位尺度の GH では、健常群と比較して臨床群 A が有意に低かった($W=3275.5$, $p<.05$)。RE では、健常群よりも臨床群 A が有意に高く($W=13065$, $p<.01$)、臨床群 B と比較して臨床群 A が有意に高かった($W=1047$, $p<.05$)。

2. 心身症傾向高群と低群間の SF-36 の平均値の差の検定

臨床群 A の回答に基づいて、PSS-AD の心身症得点と、3 つの下位尺度得点をそれぞれカットオフポイントで高群・低群に分類した。そしてそれぞれの 2 群間の SF-36 の要約尺度と各下位尺度についての平均値の差の検定を行うため、正規性や等分散性が成立していても検定結果にはあまり影響を及ぼさず、かつ検定力の強い t 検定を採用した。高群と低群の間で SF-36 各平均値に有意差が認められた因子は、「アトピー性皮膚炎による障害」因子のみであった(Table2)。同因子高群の MCS 得点が、低群と比較して有意に低く($t=2.185$, $p<.05$)、SF(社会生活機能)得点においても、低群と比較して高群が有意に低い結果となった($t=2.813$, $p<.05$)。

Table1-1 臨床群A, Bと健常群のPCS・MCSの中央値とクラスカル・ウォリス検定結果

	臨床群A(n=45)			臨床群B(n=33)			健常群(n=147)			x ²	p
	Median	(Mean)	(SD)	Median	(Mean)	(SD)	Median	(Mean)	(SD)		
PCS	56.618	(55.240)	(6.238)	49.810	(50.007)	(7.549)	52.306	(50.367)	(8.797)	14.749	**
MCS	43.704	(42.027)	(7.153)	46.610	(46.336)	(6.996)	47.383	(46.376)	(9.023)	11.012	**

Table1-2 臨床群A, Bと健常群のSF-36各下位尺度得点中央値とクラスカル・ウォリス検定結果

	臨床群A(n=45)			臨床群B(n=33)			健常群(n=147)			x ²	p
	Median	(Mean)	(SD)	Median	(Mean)	(SD)	Median	(Mean)	(SD)		
PF	58.656	(56.230)	(3.257)	58.656	(55.348)	(4.653)	58.656	(54.392)	(6.972)	0.811	
RP	52.834	(51.167)	(6.883)	49.424	(47.564)	(9.382)	52.834	(48.960)	(10.329)	2.613	
BP	49.032	(48.028)	(10.498)	49.032	(46.886)	(8.791)	49.917	(49.393)	(10.082)	2.798	
GH	43.487	(45.012)	(8.921)	48.893	(46.894)	(9.452)	51.596	(50.135)	(9.410)	12.002	
VT	44.092	(45.528)	(8.515)	47.168	(46.889)	(7.430)	47.168	(47.294)	(8.177)	1.855	
SF	50.520	(47.451)	(9.468)	50.520	(47.331)	(8.719)	50.520	(47.075)	(10.365)	0.056	
RE	52.311	(50.233)	(8.085)	43.811	(44.970)	(8.970)	43.811	(43.291)	(11.483)	13.132	
MH	43.796	(44.092)	(10.696)	51.771	(48.066)	(8.245)	46.455	(45.984)	(10.223)	2.285	

**p<.01

PCS: Physical Component Summary MCS: Mental Component Summary

PF: Physical functioning RP: Role physical BP: Body pain GH: General health-perceptions VT: Vitality SF: Social functioning RE: Role emotional MH: Mental-health

Table1-3 ボンフェローニの不等式の修正による多重比較結果(W値)

	臨床群A×臨床群B			臨床群A×健常群			臨床群B×健常群		
	Difference of Median	W	p	Difference of Median	W	p	Difference of Median	W	p
PCS	6.808	991	**	4.312	13011	**	-2.496	2856	
MCS	-2.906	1521	*	-3.643	3304	**	-0.773	2921	
GH	-5.406	1663.5		-8.109	3275.5	*	-2.703	2523	
RE	8.5	1047	*	8.5	13065	**	0	13159	

**p<.01 *p<.05

Table2 臨床群A「アトピーによる障害」高群・低群別SF-36得点平均値とt検定結果

High(n=23)		Low(n=20)		t	p
Mean	(SD)	Mean	(SD)		
54.475	(6.737)	55.764	(5.797)	0.667	
39.963	(8.469)	44.384	(4.415)	2.185	*
55.900	(3.966)	56.900	(2.137)	1.042	
49.720	(7.892)	52.320	(5.563)	1.242	
46.645	(11.477)	49.253	(9.832)	0.794	
43.228	(10.483)	46.811	(6.997)	1.297	
44.360	(9.177)	47.476	(7.394)	1.214	
44.230	(9.810)	51.835	(7.574)	2.813	**
49.355	(9.101)	51.036	(7.178)	0.665	
41.831	(11.947)	46.853	(8.974)	0.667	

なお，分析対象者別 PCS，MCS の中央値について Figure1-1，1-2 に示す．

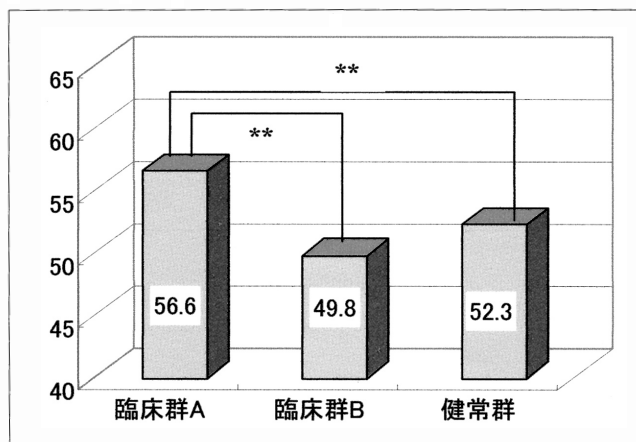


Figure1-1 分析対象者群別 PCS 中央値

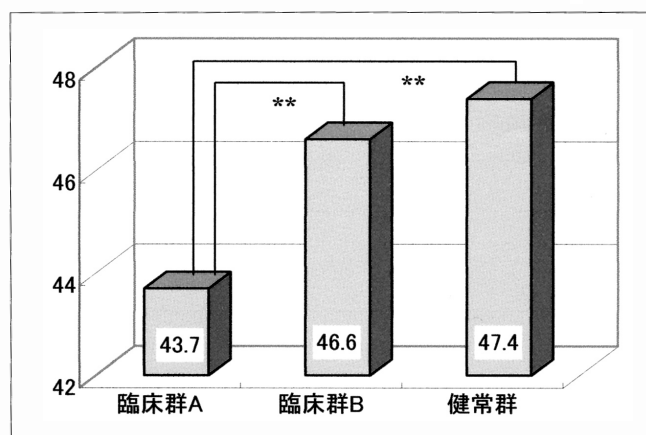


Figure1-2 分析対象者群別 MCS 中央値

** $p < .01$ * $p < .05$

3. アトピー性皮膚炎に対するソーシャル・サポート尺度の因子構造

慢性疾患患者に対するソーシャル・サポート尺度を実施する際、AD 向けに著者らにより一部語句を修正したため、新たに因子構造を検討するために因子分析を行った。臨床群 A の回答に基づいて、天井効果、フロア効果のあった項目(「4. 一日一回は家族と一緒に食事をしてくれる」「7. 買い物や旅行に出かけたいとき、一緒に行ってくれる人がいる」など 5 項目)が因子分析からあらかじめ除外され、主因子法、バリマックス回転による因子分析が行われた。因子数は、固有値 1 以上の基準を設け、さらに先行研究で抽出された因子数を考慮して 2 因子とされた。複数の因子に対して因子負荷量が .40 を超えた項目(「16. あなたのアトピーのことについて話ができる人がいる」「9. あなたの日常生活についての問題点を指摘してくれる人がいる」など 4 項目)が削除された。その結果、2 因子 11 項目が抽出された(Table3)。

これらの各因子に含まれる項目の内容から、第 I 因子(「1. あなたがアトピーでかゆい時に、世話をしてくれる人がいる」「3. あなたの生活習慣に合わせてくれる人がいる」など 7 項目)は「アトピー性皮膚炎に対する道具的サポート(寄与率 29.288%, $\alpha = .851$)」、第 II 因子(「1. 「無理をしてはいけない」と気を配ってくれる人がいる」「14. あなたを精神的に支援してくれる人がいる」など 4 項目)は「日常生活に対する情緒的サポート(寄与率 26.459%, $\alpha = .888$)」と解釈し、本尺度を「アトピー性皮膚炎に対するソーシャル・サポート尺度」と名づけた(説明率は全分散の 55.747%)。

Table3 アトピー性皮膚炎に対するソーシャル・サポート尺度の因子構造 (n=45)

Item		Factor loading		共通性
		I	II	
I アトピー性皮膚炎に対する道具的サポート($\alpha=.851$)				
1	あなたがアトピーでかゆい時に、世話をしてくれる人がいる	0.854	0.278	0.806
3	あなたの生活習慣に合わせてくれる人がいる	0.737	0.391	0.308
19	定期的に診察や検査を受けるように勧めてくれる人がいる	0.663	0.335	0.696
5	困った時、すぐに連絡して相談できる医師がいる	0.628	0.161	0.421
2	病院まで一緒に行き待っていてくれる人がいる	0.548	0.088	0.269
6	カロリー計算をして食事を作ってくれる人がいる	0.510	0.097	0.665
18	あなたをいろいろと面倒みてくれる人がいる	0.494	0.239	0.857
II 日常生活における情緒的サポート($\alpha=.888$)				
13	「無理をしてはいけない」と気を配ってくれる人がいる	0.186	0.907	0.786
10	あなたの行動をいつもほめてくれる人がいる	0.129	0.805	0.472
14	あなたを精神的に支援してくれる人がいる	0.386	0.798	0.302
17	あなたを理解してくれる人がいる	0.332	0.601	0.552
Eigenvalues		3.222	2.910	
Contribution ratio (%)		29.288	26.459	
Cumulative contribution (%)		29.288	55.747	

4. 心身症傾向高低群における SF-36 と SS 尺度の関係

まず、心身症傾向高低群別の知覚しているソーシャル・サポートの差をみるため、SS 尺度得点の平均値を算出し、t 検定を行った(Table4-1)。その結果、この2群間のSS得点に有意差は見出されず、平均値もほぼ等しいといえるほどの差異であった。

次に、心身症傾向高低群それぞれの QOL とソーシャル・サポートの関係について検討するため、心身症傾向高低群別にそれぞれ相関分析を行った(Table4-2, 4-3)。

まず、心身症傾向低群についての相関分析結果について述べる。AD に対する道具的サポートと GH の間に有意な負の相関関係があった($r = -.526$, $p < .05$)。

次に心身症傾向高群についての相関分析結果について述べる。日常生活における情緒的サポートと PCS($r = .384$, $p < .05$)、同様に日常生活における情緒的サポートと SF($r = .342$, $p < .05$)の間にそれぞれ中程度の正の相関関係があり、日常生活に対する情緒的サポートと RE との間には比較的高い相関($r = .523$, $p < .01$)があった。

Table4-1 臨床群 A 心身症傾向別 SS 尺度得点と t 検定結果

	High(n=25)		Low(n=18)		t	p
	Mean	(SD)	Mean	(SD)		
IS	17.080	(5.634)	17.110	(6.412)	0.017	
ES	11.120	(3.609)	11.670	(3.565)	0.493	

IS: Instrumental Support ES: Emotional Support

Table4-2 心身症傾向低群
SF-36とSS尺度の相関係数

	IS		ES	
	r	p	r	p
PCS	-0.091		-0.104	
MCS	-0.343		-0.183	
PF	0.214		0.013	
RP	-0.151		-0.241	
BP	0.444		-0.193	
GH	-0.526	*	-0.296	
VT	-0.2		-0.302	
SF	-0.241		-0.18	
RE	-0.344		-0.063	
MH	-0.297		-0.007	

Table4-3 心身症傾向高群
SF-36とSS尺度の相関係数

	IS		ES	
	r	p	r	p
PCS	0.134		0.384	*
MCS	-0.106		0.247	
PF	0.082		0.28	
RP	-0.058		0.182	
BP	-0.202		0.156	
GH	-0.205		0.165	
VT	-0.103		0.109	
SF	0.012		0.342	*
RE	0.295		0.523	**
MH	-0.06		0.193	

** $p < .01$ * $p < .05$

【 考 察 】

本研究の目的は、第一に、AD の QOL を健常群と比較検討し、第二に、ソーシャル・サポートが心身症傾向の高い AD と低い AD の QOL にそれぞれどう関わっているのかという 2 つの観点から主に検討することであった。その際、AD の QOL は身体的側面、精神的側面ともに健常群よりも低く、さらに同じ AD の中でもより心理的要因が皮膚症状に顕在化すると考えられる心身症傾向の高い AD は、情緒的サポートと QOL の間に望ましい正の関連があるという仮説をたて、その検証を中心とした検討をしてきた。

1. 成人型 AD 患者の QOL について

臨床群 A (病院・クリニック通院中の AD 群)、臨床群 B (学生対象の調査で AD に罹患している群)、健常群 (学生対象の調査で AD に罹患していない群) の 3 群の SF-36 得点の中央値を算出し、その差を検定した結果、PCS においては臨床群 A が健常群や臨床群 B よりも有意に高いこと、臨床群 B は健常群よりも有意に低いことが明らかにされた。これについては既に「結果 1」に示した。これらの結果は、著者らの「AD の QOL は身体的側面、精神的側面ともに健常群よりも低い」という仮説を支持しない。まず、この結果の意味から考察する。

AD の QOL の身体的側面が高かった要因としてまず考えられるのは、福録ら(2002)が「最重症度の AD 患者が最も QOL に影響を及ぼしていた」と報告していることから分かるように、本研究において臨床群対象者に重症患者がおらず、比較的軽い症状の AD 患者が多かったことが挙げられる。また福原ら(2004)の研究によると、QOL の精神的側面を示す MCS は年齢による変動をほとんど受けず、ほぼ一定の値で推移するのに対して、QOL の身体的側面を示す PCS は年齢による変動がかなり大きいことが示されている。本研究では、臨床群 B や健常群は大学生であり、かなり限定した年齢層(平均年齢 20.3 歳, SD1.31 歳)を対象としていたが、臨床群 A においては年齢層が幅広く(平均年齢 25.02 歳, SD 9.23 歳)、年齢の統制ができなかった。そのため臨床群 A のデータに誤差が多く生じ、PCS に正しく反映されなかったのではないかと推察される。

MCS においては、健常群が最も高く、続いて臨床群 B、臨床群 A という結果となり、上述した著者らの仮説とは異なり、AD の QOL の精神的側面だけが健常群よりも低いという示唆を与えた。先行研究でも、成人型 AD の QOL は低いという報告がなされているが(福録ら, 2002)、本研究の結果からは、特に QOL の精神的側面が低下しているということが示された。SF-36 では、PCS と MCS をまとめあげることは問題があるとされている(福原ら, 2004)。本研究の結果からも、QOL を一つの概念として扱うのではなく、精神的側面と身体的側面に分けて見ていく必要があることが示唆された。

下位尺度の GH で、臨床群 A が健常群よりも低いことが明らかになった。GH は全体的な健康を表している。この結果から、AD 患者は、AD の症状のみならず、全体的に自分の健康に対して低い評価をしているということが推測される。

また、RE では、逆に臨床群 A はほかの 2 群よりも有意に高くなっていた。RE は日常役割機能(精神)であり、心理的な理由によって活動性が減じるのか否かを表している。この結果から、本研究における臨床群は健常群よりも、心理的な要因で活動性が減じていると感じにくい傾向があることが考えられる。また、AD 患者の場合、そのような心理的要

因は、ときに皮膚症状におきかえられて自覚されていることも考えられる。細谷(2001)の「現実の問題に対する不安(心理的要因)」が『かゆみ』や『皮膚炎』の不安にすり替えられていることもあり、不安からの逃避が搔破行動を引き起こし、皮膚炎が悪化すると、今度は『皮膚炎』が不安で現実の問題に取り組めない」という指摘は、その典型的な例であるように思う。この結果のみから断定的なことは言えないが、AD 患者のなかには、心理的な問題への内省が乏しい、あるいは自覚がないようなケースがあると推察される。

また、「結果 2」から、AD による障害高群は、低群の AD 患者よりも MCS が有意に低下していることが分かった。AD による障害とは「AD の皮疹による外貌の変化や、強い痒み、慢性再発性に経過した改善の見通しが立ちにくいこと、治療にかかる肉体的・精神的・経済的負担が大きいことなどに反応して、2 次的に心理的苦痛や社会的、職業的機能の障害が生じている(安藤ら, 2002)」ことを指している。これは、高田(2001)によって「AD の症状、すなわち体調が AD 患者に多大な影響をあたえていることがうかがえる」と指摘されていることから、AD の症状から 2 次的に起こりうる様々な問題が、AD 患者の QOL の精神的側面を低下させる要因になっていることが確認できた。

同様に、AD による障害高群の場合、下位尺度の SF が低下していた。SF は人とのつきあいなどの対人関係上の機能についての因子であり、これが低いと、対人関係上うまくいかないことが多いことを表す。本研究で得られた結果から、AD による障害が高い AD 患者は、対人関係上の機能を低下させやすいと解釈できる。この結果は、中川ら(2003)の指摘する「AD による外貌の変化や強い痒みがあることで、人と会うことを億劫にさせている」という知見とも矛盾しない。また、治療、薬代はもちろんのこと、食べ物に制限がある場合や、それがとても高価なものであった場合などは、食費の負担も無視し難い。このような経済的負担は、対人関係上必要な交際費を捻出しにくくさせるなどの種々の制約とともに、人との付き合いの時間を減らさざるを得ない要因となっているだろう。

2. 心身症傾向高低群別 AD の QOL とソーシャル・サポートの関係について

「結果 4」に記した結果について検討する。まず、SS 尺度得点の心身症傾向高群と心身症傾向低群の差を見たが、2 因子とも両群での差が有意ではなかった。このことは、心身症傾向が高くても低くても、知覚しているサポートの量は変わらないことを示唆するものである。

次に、心身症傾向高低群別の QOL とソーシャル・サポートとの相関関係について述べる。PSS-AD の測定する心身症とは、安藤ら(2002)の心身医学的診断基準によると、ストレスによって症状が悪化したり、AD に罹患していることが心理的苦痛となっていたり、また、そのような心理的な要因によって身体的治療や管理を行うことが阻害されている AD 患者のことを指している。

まず、心身症傾向の低群では、GH と IS に有意な負の相関関係がみられた。IS とは AD に対する道具的サポートを指している。この結果から、心身症としての側面の少ない AD においては、AD の症状に対しての道具的サポートが多いほど、全体的な健康感を損なっているということがいえる。

このことについてまず考えられることは、この場合のサポートが、AD の場合は、とき

にネガティブ・サポートになっているのではないかということである。ネガティブ・サポートとは、①効果的でない援助、②過度の援助、③望んでいない相互作用、④不愉快な相互作用といった場合が想定される(Rook & Pietromonaco, 1987)。①と②は、その意図はポジティブだが、結果はネガティブな場合を指し、③と④は意図そのものがネガティブな場合も含んでいる。サポートの送り手側がポジティブな意図を持って、痒いときに世話をしたり、生活習慣を合わせたりするなどの道具的サポートを行っても、受け手である AD 患者自身が、そのサポートを過度な援助であるとか効果的でないと感じていれば、長期的に見て QOL を低下させる個人の内的特性に、何らかのネガティブな効果をもたらしていると推測できる。

金ら(1998)は、その介在する内的特性として、精神的健康度と関連深いセルフ・エフィカシーを想定し、ソーシャル・サポートとセルフ・エフィカシーのストレス緩衝効果を検討している。また、小林ら(1999)は、実存的意識を媒介としてソーシャル・サポートが精神的健康度に与える影響を検討している。このように、ソーシャル・サポートと精神的健康度の間には何らかの内的特性が介在していることが考えられるため、今後は QOL の場合にもそのような変数を考慮して詳細に検討する必要があるといえる。

次に、心身症傾向高群について述べる。心身症傾向高群の AD 患者は、ES と PCS, SF, RE との間にそれぞれ有意な正の相関関係があった。ES は日常生活における情緒的サポートを指す。このことから、心身症傾向の高い AD 患者は、日常生活における情緒的サポートが多いほど、QOL の身体的側面、社会的機能、精神面での日常役割機能が高まることが示された。これらの結果は、「同じ AD の中でもより心理的要因が皮膚症状に顕在化すると考えられる心身症傾向の高い AD は、情緒的サポートと QOL の間に望ましい正の関連がある」という著者らの仮説が、QOL の一部の側面に関して支持されたものである。

この理由を以下のように考察する。安藤ら(2002)の心身医学的診断基準にあてはまる AD 患者は、加茂ら(2000)の指摘する stress-scratch cycle に陥りやすい AD であると思われる。stress-scratch cycle とは、心理的要因により掻痒を感じ、その結果、掻破行動を引き起こし、その掻破行動自体がまた心理的要因となり、さらに掻痒感を感じさせるという、AD 患者の悪循環を説明したものである。

また、stress-scratch cycle に対するアプローチの一つとしてソーシャル・サポートがあげられている(檜垣, 2004)。心身症傾向の高い AD 患者の陥っている stress-scratch cycle の心理的要因の部分に、情緒的サポートが有効に作用すれば、掻痒や掻破への悪循環を断ち切ることができるのではないかと考えられる。掻破行動が減れば、AD の QOL の身体的側面も上がる。情緒的サポートと AD の QOL の身体的側面との間に有意な正の相関関係があったのは、このような背景があったのではないかと推測する。しかしながら、まだ考察の段階であるため、今後は stress-scratch cycle へのソーシャル・サポートの効果を検討することで、本研究の結果を深めて行く必要がある。同時に、情緒的サポートは、AD 患者が障害されやすい対人関係や、心理的要因による活動性の高さとも関連があり、今後サポートがどのような変数に影響を与え、QOL を維持・向上させているのかを検討していくことが課題である。

謝 辞

本研究のために、小児科の先生をご紹介下さいました徳島大学の佐野勝徳先生に厚く御礼申し上げます。

皮膚科・小児科の先生方、お忙しい中、調査依頼にご快諾くださいましてありがとうございました。また、侵襲性の高い本質問紙にご丁寧に答えてくださいました患者様方、貴重な講義時間を割いて質問紙にご回答くださいました大学生の皆様、この場をかりてお礼申し上げます。

【 引用文献・参考文献 】

- 1) AD フォーラム(川島 真ら) 2001 アトピー性皮膚炎の心療における患者の認識についてのアンケート調査(第一報) 臨皮 55 p113-119
- 2) 安藤哲也 2002 アトピー性皮膚炎の心身症としての診断・治療ガイドラインの作成 平成 13 年度厚生省精神・神経疾患研究委託費による研究報告集(2 年度班, 初年度班)
- 3) 福原俊一, 鈴鴨よしみ 2004 SF-36v2 日本語版マニュアル: NPO 健康医療評価研究機構 京都
- 4) 福録恵子・長野拓三・荻野 敏 2002 アトピー性皮膚炎患者における QOL アレルギー 51(12) p1159-1169
- 5) 古江増隆 2004 アトピー性皮膚炎ーステロイド忌避 A 皮膚科から 皮膚心療内科 (宮地良樹・久保千春 編) p42-43
- 6) 檜垣裕子・川本恭子・加茂登志子・堀川直史・川島 真 2002 皮膚疾患患者の QOL 疾患特異的 QOL 評価票 Skindex16 日本語版作成の試み 臨皮 56(4) p301-303
- 7) 檜垣祐子 2004 ストレスとアトピー性皮膚炎 1)総論 ストレスと臨床増刊号
- 8) 藤岡 彰・高須 博・酒井智恵・龍野佐知子・羽金重喜・野口俊彦・西岡憲生・向井秀樹・西山茂夫・大島葉子 1995 アトピー性皮膚炎患者における quality of life 臨皮 49(13) p1049-1056
- 9) 細谷律子 2001 心理的要因 アレルギー・免疫 8(6) p65-73
- 10) 加茂登志子・川本恭子・堀川直史ほか 2000 成人型アトピー性皮膚炎のメンタルケア 臨皮 54(5 増) p98-102
- 11) 金 外淑・嶋田洋徳・坂野雄二 1998 慢性疾患患者におけるソーシャル・サポートとセルフエフィカシーの心理的ストレス緩衝効果 心身医学 38(5) p318-323
- 12) 小林茂樹・小村綾岳・高木敬雄 1999 知覚されたソーシャル・サポートの分析的研究 広島修大論集 40(2) p247-284
- 13) Shirata,K., Nishitani,Y., Fujino,Y., Takano,N., Kirie,N. 1996 The Importance of Mental Support to the Patients with Adult Atopic Dermatitis *Osaka City Medical Journal* 42(1) p45-52
- 14) 中川秀巳 2003 アトピー性皮膚炎の QOL アレルギー科 15(1) p19-23
- 15) 日本皮膚科学会学術委員会 1994 日本皮膚科学会「アトピー性皮膚炎の定義・診断基準」 日皮会誌 104 p1210
- 16) 日本心身医学会教育研究委員会 1991 心身医学の新しい診療指針 心身医学 31 p537-576

- 17) 太田智子・田中宏二 1997 患者の QOL とソーシャル・サポートの関連 健康心理学研究 10(1) p12-22
- 18) Rook,K.S. 1987 Reciprocity of social exchange and social satisfaction among older women. *Journal of Personality and Social Psychology*,51(4) p770-778
- 19) 高田涼子 2001 アトピー性皮膚炎患者の心理的特徴における一考察 人間科学研究 9(1) p127-139